

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON .

Année Scolaire 1923-1924 — N° 10

De l'Etat de l'Œil
au cours
de l'Epithélioma Palpébral

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ DE MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 13 Novembre 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Julien DELÉGLISE

né à St ÉTIENNE-DE-CUINES (Savoie), le 14 Juillet 1891



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1923

DE L'ÉTAT DE L'ŒIL
AU COURS DE L'ÉPITHÉLIOMA PALPÉBRAL

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON .

Année Scolaire 1923 - 1924 — N° 10

De l'Etat de l'Œil
au cours
de l'Epithélioma Palpébral

THÈSE

PRÉSENTÉE

à la FACULTÉ DE MÉDECINE et de PHARMACIE de LYON

et soutenue publiquement le 13 Novembre 1923

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Julien DELÉGLISE

né à St ÉTIENNE-DE-CUINES (Savoie), le 14 Juillet 1891



LYON

Imprimerie BOSC Frères & RIOU

42, Quai Gailleton, 42

Téléphone 63-56

1923

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Doyen honoraire.....	MM. H. HUGOUNENQ.
Doyen	J. LEPINE.
Assesseur	ROQUE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT, FLORENCE (A.), TEISSIER.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	MM. BARD.
Cliniques chirurgicales.....	ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	TIXIER.
Clinique ophtalmologique.....	BERARD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	COMMANDEUR.
Clinique neurologique et psychiatrique.....	ROLLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NICOLAS.
Clinique des maladies des femmes.....	LEPINE (J.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	WEILL.
Clinique des maladies des voies urinaires.....	POLLOSSON (A.).
Clinique chirurgicale, infantile et orthopédie.....	LANNOIS.
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie.....	ROCHET.
Chimie biologique et médicale.....	NOVE-JOSSERAND
Chimie organique et Toxicologie.....	CLUZET.
Matière médicale et Botanique.....	HUGOUNENQ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....	MOREL.
Anatomie	BRETIN.
Histologie	GUIART.
Physiologie	LATARJET.
Pathologie interne.....	POLICARD.
Pathologie et Thérapeutiques générales.....	DOYON.
Anatomie pathologique.....	COLLET.
Chirurgie opératoire.....	MOURIQUAND.
Médecine expérimentale et comparée et bactériologie.....	PAVIOT.
Hygiène	VILLARD.
Thérapeutique, hydrologie et climatologie.....	ARLOING (F.).
Pharmacologie	Etienne MARTIN.
	COURMONT (P.).
	PIC.
	X.

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAIRE

Chargé d'un cours de Pathologie externe.....	MM. VALLAS.
— — Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN.
— — Chimie minérale.....	BARRAL.
— — Urologie	GAYET.

CHARGES DE COURS COMPLEMENTAIRES

Anatomie topographique.....	MM. PATEL.
Orthopédie	LAROYENNE.
Puériculture et hygiène de la première enfance.....	CHATIN.
Chirurgie expérimentale.....	LERICHE.
Stomatologie	TELLIER.

AGREGES

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGIER.	COTTE.	CORDIER (V.).	MAZEL.
GARIN.	DUROUX.	ROUBIER.	SANTY.
SAVY.	TRILLAT.	FÄVRE.	DUNET.
FROMENT.	SARVONAT.	BONNET.	CHALIER (André).
THEVENOT (Lucien)	FLORENCE (G.).	RHENTER.	CHALIER (Joseph).
PIERY.	ROCHAIX.	LEULIER.	NOEL.
			CORDIER (Pierre).

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THESE

MM. ROLLET, président; DUROUX, assesseur;

BONNET et DUNET, agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA TANTE

A MA MÈRE

Je dédie ce modeste travail en témoignage de ma profonde affection et de ma reconnaissance infinie.

A MES SŒURS

Gage de tendre affection.

A MON ONCLE

A MONSIEUR LE DOCTEUR NAZ

Ex-Interne des Hôpitaux

MEIS ET AMICIS

A MES MAITRES DES HOPITAUX

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ

A MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET

*Professeur de Clinique Ophtalmologique de la Faculté de Lyon
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu
Officier de la Légion d'Honneur*

MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Il nous a inspiré ce sujet, il nous a donné de précieuses indications, il nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, qu'il veuille agréer l'hommage respectueux de notre profonde reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BUSSY

*Chef de Laboratoire à la Clinique Ophtalmologique
de l'Hôtel-Dieu*

Il s'est mis à notre entière disposition pour nous fournir les données nécessaires à notre étude. Nous l'assurons de toute notre gratitude.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ROSNOBLET

Chef de la Clinique Ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu

Pour les bons conseils qu'il nous a prodigués, nous lui adressons nos sincères remerciements.

A MES JUGES

DE L'ÉTAT DE L'ŒIL AU COURS DE L'EPITHÉLIOMA PALPÉBRAL

INTRODUCTION

Il est curieux de constater que l'épithélioma des paupières a été bien étudié, qu'on s'est attardé à s'occuper spécialement des facteurs de gravité de l'épithélioma de l'angle interne et que, bien souvent, l'état de l'œil n'a pas préoccupé l'ophtalmologiste dans sa description clinique. C'est ainsi que dans leurs articles pleins d'intérêt sur le cancroïde de l'angle interne, Mollière et Valude n'ont pas fait mention de l'état de l'œil ; dans les ouvrages classiques qui traitent des tumeurs palpébrales, nous relevons seulement une belle description générale de l'œil, de M. Lagrange.

Notre but, en écrivant ce travail inaugural, a été de mettre en évidence les lésions oculaires caractéristiques observées au cours de l'évolution de l'épithélioma des paupières et de montrer de quelle façon le globe oculaire s'est défendu contre l'envahissement néoplasique.

Nous devons à notre éminent Maître, M. le Professeur Rollet, une profonde reconnaissance, de nous avoir inspiré ce travail et de nous avoir judicieusement guidé dans nos recherches ; nos remerciements sincères vont aussi à M. le Docteur Bussy, qui nous a apporté, au cours de cette étude, son étroite et précieuse collaboration.

CHAPITRE PREMIER

Aperçu Symptomatique sur le Cancer Epithélial des Paupières.

De toutes les tumeurs malignes des paupières, l'épithélioma est la plus fréquente. Elle se développe habituellement après 40 ans (l'observation de Michel concernant une femme de 25 ans est exceptionnelle) ; le plus souvent, on l'observe chez des gens très avancés en âge.

La cause principale est évidemment la diathèse qui préside à la naissance de toutes les tumeurs malignes, mais il existe des causes adjuvantes importantes, dans les irritations, les petits traumatismes, dont les paupières peuvent être le siège. Poncet de Cluny admet que la tumeur peut se développer par suite de la dégénérescence de verrues ; la conformation de ces verrues qui sont en grande partie composées d'un épais stratum d'épithélium serait, en effet, un signe de prédisposition au développement de l'épithélioma. Les agents infectieux parasitaires eux aussi peuvent jouer un rôle dans les formations de ces tumeurs palpébrales, mais ce rôle est encore mal fixé, ne lui accordons qu'une importance médiocre.

Le cancer palpébral peut intéresser un point quelconque des paupières ; cependant, il a nettement ses lieux d'élection. D'après une statistique de M. le Professeur Rollet, portant sur 41 opérés, 18 fois la tumeur siégeait à l'angle interne (43 0/0), 16 fois à la paupière inférieure (39 0/0), 3 fois à la paupière supérieure, les commissures étant respectées (7 0/0), 3 fois à l'angle externe. Dans un cas, que nous mentionnons plus loin, il s'agissait d'un cancer marginal occupant ainsi toute la fente et respectant les voiles proprement dits, semblable à un néoplasme annulaire du tube digestif.

Au point de vue clinique, nous pouvons distinguer trois formes : une forme verruqueuse, une forme papillaire, une forme phagédénique ou térébrante.

A. — FORME VERRUQUEUSE

Cette variété a la forme d'une plaque indurée, constituée par un ou plusieurs boutons, adossés les uns aux autres, saignant facilement, augmentant lentement sous des actions irritatives diverses et se recouvrant de croûtes sèches. Le derme peut ainsi être peu à peu creusé et détruit ; l'épithélioma prend l'aspect d'un ulcère arrondi, entouré d'un rebord induré et irrégulier excavé au centre ; c'est l'épithélioma atrophique. Quand cet épithélioma siège au grand angle de l'œil, il a une tendance particulière à se propager vers le nez.

B. — FORME PAPILLAIRE

Cette forme est une variation de la première ; sur l'épithélioma plat se développent des excroissances papilli-

formes très vasculaires, saignant au moindre contact ; parfois, on a une prolifération sur le bord libre qui n'est autre chose qu'une hypertrophie papillomateuse apparaissant sous forme de crête saillante. Ce sont des tumeurs bénignes. On sait d'ailleurs qu'entre le papillome et l'épithélioma existent bien des points de contact ; le papillome est caractérisé par un développement anormal portant également sur les éléments conjonctifs et les éléments épithéliaux de la papille ; quand ces derniers éléments l'emportent sur les premiers par leur puissance de prolifération, le papillome se transforme en épithéliome et cette transformation assez commune sur la conjonctive n'est pas rare sur la peau des paupières.

C. — FORME PHAGÉDÉNIQUE

Fréquente à la paupière inférieure, elle est caractérisée par sa tendance ulcéreuse, sa propagation et son adhérence rapide aux plans sous-jacents, son extension en tous sens, mais particulièrement en profondeur, de là le nom de forme térébrante qu'on lui a donné.

Au début, on se trouve en présence d'une petite tumeur grosse comme un haricot, creusée au centre, avec des bords abrupts ; de nombreux vaisseaux s'y rendent et autour d'elle la peau est souvent gonflée et œdématiée ; rapidement, l'ulcère central gagne en étendue, atteint les parties profondes et forme une vaste excavation d'une couleur rouge sombre. Quelquefois, des noyaux se développent à côté de la tumeur primitive et s'ulcérant à leur tour augmentent l'étendue de la destruction. La paupière est ainsi en peu de semaines complètement détruite et rem-

placée par une vaste ulcération sécrétant en petite quantité un liquide peu abondant qui se dessèche et, se mélangeant au sang, forme des croûtes noirâtres, recouvrant plus ou moins la plaie ; quelquefois, l'épithélioma dévore non seulement les paupières, mais pénètre dans l'orbite, dans les sinus, et amène l'élimination lente et régulière de tous les tissus périoculaires ; il arrive ainsi que tout est détruit, excepté l'œil libre et presque flottant dans la cavité orbitaire.

Tel est l'aspect général des épithéliomas de la peau des paupières. Il convient d'y ajouter des douleurs plus ou moins accusées, quelquefois très considérables, quand la tumeur gagne les parties profondes ; les hémorragies qui peuvent devenir abondantes et graves à la dernière période et enfin l'envahissement ganglionnaire qui est inconstant et tardif et débute le plus souvent par le ganglion pré-auriculaire ; au sujet de cet engorgement, il convient d'attirer l'attention sur la fréquence des infections microbiennes qui se produisent à la surface des ulcérations et entraînent des adénites pouvant faire croire à la généralisation ganglionnaire du néoplasme, alors qu'il s'agit de simples adénites inflammatoires.

On peut encore citer les épithéliomas calcifiés étudiés par Malherbe, Braquehay et Sourdille.

Cette tumeur présente une membrane d'enveloppe toujours constituée par du tissu conjonctif adulte. Elle siège surtout au pourtour de l'orbite, des paupières, des sourcils. Elle apparaît souvent dès l'enfance et a une évolution bénigne.

Nous citerons rapidement les épithéliomas qui se développent aux dépens des éléments constituant la paupière, ils sont beaucoup plus rares.

Fuchs et Mackenzie nous citent quelques cas d'épithéliomas *des glandes de Meibomius* ; Sourdille n'a pu en réunir que quelques observations. En relevant la paupière, on voit une tumeur faire une légère saillie sous la conjonctive et celle-ci présente une ulcération par laquelle sortent des bourgeons charnus. La tumeur a l'aspect d'un chalazion ulcéré.

L'épithélioma *primitif de la conjonctive palpébrale* est aussi fort rare, il est à peine signalé par les auteurs. En infiltrant le tissu sous-jacent, il peut produire sous la paupière de volumineuses tumeurs ressemblant à des carcinomes palpébraux. Les épithéliomas palpébraux peuvent, il est vrai, se propager, atteindre la conjonctive palpébrale, mais la conjonctive bulbaire est relativement respectée ; il en est de même des épithéliomas de la paupière qui naissent aux dépens des caroncules lacrymales, des replis semi-lunaires, des glandes sébacées, des follicules sébacés, qui peuvent se propager très loin, envahir les tissus environnants, le grand angle des paupières, la peau du front, du nez, le limbe scléro-cornéen, les sinus, l'orbite.

CHAPITRE II

Anatomie Pathologique du Cancer Palpébral

L'épithélioma de la paupière dérive des épithéliums cutanés, cutanéomuqueux ou muqueux ; il se développe non seulement au niveau de l'épiderme et du derme, mais encore au niveau des glandes de Meibomius, des glandes sébacées, des follicules pileux, du cul-de-sac, exceptionnellement au niveau de la conjonctive palpébrale.

L'épithélioma de la paupière naissant au niveau des téguments rentre dans la grande classe des épithéliomas cutanés ; c'est le plus fréquent ; il est appelé cancer épithélial, chancre malin, ulcère chancreux, ulcère rongeur, cancer cutané, canéroïde.

Les tumeurs qui tirent leur origine de l'épiderme de revêtement ou de ses annexes, consistent les unes en simple hyperplasie des tissus, les autres en hyperplasie avec métaplasie, c'est-à-dire modification plus ou moins prononcée du type cellulaire normal ; ce n'est que d'une façon tout à fait générale, que l'on peut avancer que les

premières ont une évolution bénigne, tandis que les secondes ont d'ordinaire un caractère malin.

On s'est efforcé de trouver dans la constitution histologique des diverses formes d'épithélioma une explication de leur évolution si variable ; on n'y a réussi que dans une certaine mesure. Darier préconise une classification qui, bien que basée sur l'histologie, tient largement compte des aspects objectifs et de la tendance évolutive de chaque espèce.

EPITHÉLIOMAS SPINO-CELLULAIRES

Dans cette première classe, les amas néoplasiques sont généralement disposés en bourgeons interpapillaires allongés et élargis, ou en lobules et en larges travées. Ils sont composés surtout de cellules malpighiennes, filamenteuses ou *épineuses* ; ces éléments subissent l'évolution épidermique et se kératinisent en cellules cornées et souvent en globes épidermiques.

Cette classe se subdivise en deux types :

A. — Type superficiel végétant ou épithélioma papillaire.

Ce type comprend :

a) *L'épithélioma papillaire corné* qui débute sous forme d'une élévation verruqueuse et persiste longtemps dans cet état, puis presque toujours sous l'influence de traumatismes, il s'étale en disque saillant limité par un bord relevé en ourlet, le centre étant hérissé de saillies villeuses qui sont engainées de croûtes cornées adhérentes ; les ganglions sont indemnes ; cet épithélioma saigne facilement, peut s'ulcérer et finalement aboutir au cancroïde.

b) *La corne cutanée* est un épithélioma papillaire avec hyperkératose exubérante ; ces cornes peuvent être de calibre variable et ressemblent parfois à des cornes de béliet. Leur base est entourée d'un *ourlet rosé* ; leur accroissement est très lent ; quand elles tombent ou qu'on les enlève, elles repoussent : les lésions histologiques sont celles de l'épithélioma papillaire plus ou moins accusées ; la corne elle-même est formée de colonnes cellulaires agglutinées ; elle est plus molle à son centre ; l'évolution cancéroïde est possible.

c) *L'épithéliome papillaire nu*, sans revêtement corné, à évolution lente et longtemps bénigne ; l'examen biopsique montre une hyperplasie marquée des bourgeons interpapillaires en largeur et en hauteur, avec une infiltration cellulaire très modérée dans la couche superficielle du derme.

B. — Type profond ou épithélioma cancéroïde.

C'est la forme maligne, plongeante, infectante de l'épithélioma de la paupière ; quand il débute en peau saine, c'est d'abord un tubercule grisâtre recouvert de squames et de croutelles ; sous l'influence d'un grattage ou d'un traumatisme, il gagne en étendue et en profondeur. Il rougit et s'ulcère bientôt. Il forme une tumeur de volume variable, ses bords sont renflés en *ourlet* ; sur sa partie centrale apparaît d'abord une érosion, puis une ulcération taillée à pic, irrégulière, crevassée, grisâtre, saignant facilement. Il peut y avoir des vermiottes. Ultérieurement la tumeur gagne en profondeur, l'ulcère devient gangreneux, les ganglions s'infectent.

Histologiquement on y constate la structure classique de l'épithélioma pavimenteux lobulé corné ; les gros

boyaux qui plongent dans la profondeur et y forment un réseau irrégulier, lobulé et à larges travées, paraissent provenir de bourgeons interpapillaires ou de follicules pilo-sebacés ; ils renferment presque toujours des amas de cellules en lamelles groupées concentriquement en bulbe d'oignon, en tous points semblables aux globes épidermiques ; on y trouve aussi des cellules en forme de grains plus ou moins nombreux. Le stroma a une structure variable, plus ou moins abondant.

EPITHÉLIOMAS BASO-CELLULAIRES

Les amas néoplasiques affectent une disposition très variable en travées étroites diversement ramifiées en tubes, en lobules avec prolongement éfilés ou en réseaux. On peut souvent constater leur continuité avec l'épiderme de revêtement ou avec les follicules pilo-sebacés ; les globes épidermiques font défaut. La néoplasie se compose exclusivement de cellules épithéliales, petites, ovales ou fusiformes affectant l'apparence des cellules basales de l'épiderme. Le stroma est variable, souvent fibreux, parfois muqueux. Le début se fait par un bouton insignifiant, élevation lisse, jaunâtre ou grisâtre, ferme au toucher, du volume d'une tête d'épingle ou d'une lentille. Elle peut ressembler à une verrue, à un *nœvus* cellulaire, à un *molluscum*, à un adénome sébacé.

Le bouton excorié se recouvre d'une croûte incessamment renaissante et peut rester ulcérée.

L'accroissement est lent pendant plusieurs mois et même des années ; il se fait en surface excentriquement ; son évolution le conduit soit à une cicatrisation spontanée, soit à une ulcération lente et progressive.

Ils présentent quatre types différents :

a). — *L'épithélioma plan cicatriciel* qui tout en s'étalant se déprime à son centre et subit l'atrophie scléreuse. Après un temps plus ou moins long, sous forme d'une plaque cicatricielle irrégulière, bordée par un bourrelet ou un chapelet de petites élevures grisâtres, il progresse, creusant lentement les téguments, causant d'énormes mutilations.

b). — *L'ulcus rodens* caractérisé par une ulcération creuse et serpigineuse à base un peu indurée, sans bourrelet, présente une marche lente et progressive. On trouve peu de boyaux épithéliomateux dans les coupes histologiques.

c). — *L'épithélioma térébrant* où l'ulcération progresse plus en profondeur qu'en surface. Il se produit un cratère et des cavités à surface rouge, granuleuse, suintante, entouré d'une induration limitée.

d). — *Le cylindrome* est une variété atypique dans laquelle le stroma subit une dégénérescence hyaline ; il se forme des cylindres translucides et des bourgeons ovoïdes clairs qui envahissent et repoussent les amas épithéliaux ; il en résulte des aspects histologiques singuliers qui ont été diversement interprétés.

Son évolution est bénigne.

À côté de cette classification admise longtemps comme classique des épithéliomas cutanés en spino et baso-cellulaires, nous citerons celle de M. Regaud, plus récente :

En s'appuyant sur leur structure morphologique M. Regaud range les épithéliomas cutanés ou épidermiques en deux classes :

1°) Les épithéliomas épidermiques *épidermoïdes* à forme plus ou moins typique, mais possédant toujours un des caractères particuliers aux cellules épidermiques (cellules épineuses, cellules aplaties donnant les réactions histo-chimiques de la kératine, globes cornés, cellules stratifiées, nombreuses figures de kariokynèse).

2°) Les épithéliomas épidermiques *non épidermoïdes* à forme métatypique, dont les cellules constituanes ressemblent plutôt aux cellules de la couche génératrice de l'épiderme, et présentent une évolution incomplète.

Les épithéliomas épidermoïdes soumis aux radiations sont généralement plus difficiles à guérir que les épithéliomas non épidermoïdes.

CHAPITRE III

Etat de l'Œil au Cours de l'Epithélioma des Paupières.

L'œil peut rester normal pendant longtemps au cours de l'épithélioma palpébral, ou, au contraire, l'œil peut être altéré sous l'influence de processus différents.

I. — L'œil, disons-nous, peut rester *normal*.

On a vu en effet des épithéliomas de la paupière durer des années sans se propager au globe oculaire ou aux annexes, à la muqueuse conjonctivale. C'est ainsi que nous rapportons des observations inédites recueillies à la clinique ophtalmologique de M. le Professeur Rollet, sur des malades atteints de cancer de l'angle interne ou de cancer des paupières où l'on ne constate ni troubles, ni lésions oculaires au cours de la longue évolution de l'ulcération néoplastique.

L'observation IV concerne un malade qui présente un épithélioma de l'angle interne de l'œil gauche datant de 12 ans. Le malade est opéré par M. le Professeur Rollet ; mais il y a guérison puis récurrence L'œil est normal.

Un cas digne de remarque est celui que nous rapportons dans notre observation VI (observation due à l'obligeance de M. le Professeur Rollet). Elle concerne un malade dont l'affection oculaire remonte à une dizaine d'années. Il s'agit d'un vaste épithélioma palpébral, à forme ulcéro-bourgeonnante siégeant à la paupière inférieure droite, empiétant même sur la commissure externe. La conjonctive bulbaire est intacte. L'œil est normal. A la suite de plusieurs séances de radiothérapie, l'ulcère palpébral se cicatrise.

Dans les observations IX et X que nous rapportons, Mollière nous présente deux cas de cancroïde de l'angle interne datant de cinq ans où l'œil est resté normal.

Dans l'observation XV, il s'agit d'un malade dont l'histoire pathologique est assez complexe et qui présente une tumeur épithéliomateuse de la paupière supérieure de l'œil droit apparue il y a seize ans. Depuis quatre ans cette tumeur a grossi lentement ; depuis un an elle a pris une extension considérable. A l'examen on voit un large cancroïde placé à cheval sur la région lacrymale palpébrale et nasale. La conjonctive de l'angle interne n'est pas envahie, la conjonctive oculaire est un peu rouge. L'œil est resté normal.

II. — Dans d'autres cas, l'œil présente des lésions superficielles et des lésions plus graves. Deux causes principales déterminent ces lésions :

1° *Les infections secondaires et les troubles trophiques ;*

2° *L'envahissement néoplasique de la coque oculaire.*

1° Les lésions constatées au niveau du globe oculaire sont d'ordre *infectieux et trophique*. La cornée qui n'est plus

protégée par les paupières est envahie par les agents banals de la suppuration et présente des ulcères infectieux perforants, qui peuvent être l'origine d'une panophtalmie antérieure puis totale.

Les observations que nous rapportons (II, III, V) confirment les données cliniques. Il s'agit de malades qui présentent soit au niveau de l'angle interne ou de l'angle externe de l'œil un tumeur épithéliomateuse qui ne tarde pas à se constituer en bourgeons. Dans ce milieu favorable, les agents de la suppuration pullulent et en l'absence plus ou moins complète de la barrière palpébrale rongée par le mal, se trouvent en contact direct avec la cornée. Celle-ci s'infecte et s'ulcère. L'ulcération cornéenne présente un contour et un fond blancs grisâtres. Chez deux de nos malades (observ. II et III), l'ulcération cornéenne se complique de perforation ; la suppuration envahit la chambre antérieure (panophtalmie antérieure), elle envahit ensuite tout le contenu du globe oculaire. Les lésions infectieuses ont abouti à une panophtalmie totale dans les deux cas.

Les membranes et les milieux intraoculaires privés de leur appareil vasculaire et nerveux présentent des troubles trophiques graves. La rétine se décolle et s'atrophie, la choroïde se sclérose et présente diverses modifications du pigment ; dans le cristallin on observe des phénomènes de cataracte, le vitré se rétracte, l'iris avec quelques synéchies montre des îlots de sclérose, mais nulle part on ne trouve d'infiltration cancéreuse. C'est ainsi que nous pouvons observer tous ces troubles trophiques de l'œil chez un malade (obs. I), qui présente un épithélioma de l'angle

interne de l'œil droit datant de vingt ans. Chez ce malade la tumeur a détruit tous les tissus périoculaires, l'œil a été disséqué et isolé dans l'orbite. Il a été par la suite énucléé et examiné. Nous rapportons plus loin une photographie de la coupe antéro-postérieure de cet œil). La cornée a augmenté d'épaisseur ; la membrane de Bowmann a disparu, les lames cornéennes sont envahies par une abondante infiltration inflammatoire, la membrane de Descemet est reconnaissable mais l'épithélium postérieur a disparu. La sclérotique dans sa moitié externe est très modifiée ; dans sa partie antérieure jusqu'à l'équateur, elle est envahie par d'abondantes nappes de cellules inflammatoires ; l'iris est en voie d'atrophie, largement envahi par la sclérose ; le corps ciliaire est atrophié, la rétine est décollée, plissée ; la choroïde présente des modifications du pigment qui s'est aggloméré en certains points, le vitré s'est condensé, le nerf optique est envahi par des bandes de sclérose.

2° *Les progrès incessants de l'ulcération néoplasique* nous font assister à une destruction complète des tissus périoculaires ; de l'angle interne où il siège habituellement l'épithélioma gagne les couches profondes du derme, les couches sous-cutanées et pénètre dans l'orbite. La caroncule, le sac lacrymal, le pli semi-lunaire sont tour à tour envahis ; on assiste à la destruction de tous les tissus périoculaires ; tout est détruit, excepté l'œil, intact, libre et presque flottant dans la cavité orbitaire, séparé d'une façon complète des tissus voisins. Il est à noter que le *néoplasme est non perforant* ; il ne pénètre pour ainsi dire jamais le globe oculaire ; le cancer palpébral ne s'étend que très rarement à la conjonctive oculaire et la coque oculaire résiste merveilleusement même à un pro-

cessus disséquant du vosinage. « Il est curieux, dit Charcot dans l'article « Paupières », du Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales, de voir combien la sclérotique résiste longtemps à l'ulcération cancéreuse. L'œil privé de ses paupières rongées par le mal, reste pendant un temps assez long, intact dans l'orbite. » Le cancer est orbito-térébrant, il peut devenir ostéo-térébrant, se propager aux sinus frontaux, maxillaire supérieur, à la bulle ethmoïdale, il n'est jamais ou rarement oculo-térébrant (Un nouvel examen de l'œil de notre malade que nous présentons dans notre observation I nous permet en effet de constater qu'il ne subsiste plus rien des tissus péri-oculaires autour du globe ; les tendons antérieurs des muscles droits ont disparu, on ne trouve plus trace du tissu graisseux de l'orbite, plus trace des ailerons, des aponévroses qui constituent le complexus antérieur de Tenon. Au niveau de l'équateur on trouve faisant corps avec la sclérotique un large anneau de néoplasme pur ; mais celui-ci n'intéresse la sclérotique que dans sa moitié externe ; on trouve à ce niveau d'épais boyaux de cellules cancéreuses groupés sans ordre et s'ordonnant de préférence autour d'un néo-vaisseau ; l'intégrité des couches internes de l'enveloppe scléro-cornéenne est remarquable ; même au niveau des points faibles, aux points de pénétration des artères musculaires et des nerfs ciliaires, on constate que nulle part l'épithélioma a pénétré à l'intérieur du globe oculaire.

Nous rapportons à la suite nos observations, au nombre de quinze. Nous devons à l'obligeance de M. le Professeur Rollet de pouvoir en présenter douze que nous avons recueillies à la Clinique ophtalmologique. Six d'entre elles sont inédites.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite)

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Rollet et M. le Docteur Bussy).

Epithélioma de l'angle interne de l'œil droit, datant de vingt années. Œil isolé dans l'orbite, en bissac, néoplasie parabolbaire. Exentération.

Francis V..., 52 ans, journalier.

Entre dans le service ophtalmologique de M. le Professeur Rollet, le 19 février 1923, pour une ulcération siégeant à l'angle interne de l'œil droit.

Antécédents héréditaires. — Rien de spécial à noter. Son père et sa mère sont morts très âgés ; sa sœur âgée de 44 ans est en très bonne santé ; deux frères morts en bas âge.

Antécédents personnels. — V... est marié, son épouse est en bonne santé. Il nie la spécificité.

L'affection remonte à 20 ans. A commencé sous forme d'un petit bouton de la grosseur d'une tête d'épingle siégeant à l'angle interne de l'œil droit. La peau était seule intéressée d'abord puis la paupière supérieure. L'œil enfin a été englobé bien plus tardivement. Le malade vint dans le service en 1920. Six séances de radiothérapie améliorèrent temporairement l'état de son œil, mais le malade ne revint plus subir un traitement plus prolongé de radiothérapie. Le 19 février 1923, les progrès du mal obligèrent le malade à revenir dans le service. L'œil est comme disséqué et isolé, au centre d'une vaste ulcéra-

tion creusée dans l'orbite ; les deux paupières ont été complètement rongées à l'exception d'une partie de la paupière supérieure à l'angle externe. La plaie mesure 3 cm 5 en largeur, 2 cm 5 en hauteur ; le malade se plaint de vives douleurs térébrantes plus fortement accusées la nuit ; il sort le 10 mars 1923 après avoir subi neuf séances de radiothérapie de un quart d'heure chacune.

Le malade rentre de nouveau dans le service le 16 avril et demande l'ablation de son moignon oculaire.



A l'examen, on constate la disparition complète des deux tiers internes de la paupière inférieure ; la tumeur empiète même sur la joue jusqu'à 5 millimètres au dessous du plancher de l'orbite. Au niveau de son tiers externe le bord libre de la paupière est partiellement respecté ; les cils sont tombés mais on retrouve encore les fragments du cuir ciliaire ; toujours au niveau de ce tiers externe la tumeur a détruit la face postérieure de la paupière, on ne sent que le revêtement cutané. Toute la paupière supérieure est détruite, la tumeur a envahi la région sourcilière dont il persiste encore quelques débris sous forme de touffes de poils au niveau de la moitié inter-

ne. L'angle interne n'existe plus ; les points lacrymaux ont disparu. Le néoplasme s'étend jusqu'à la racine du nez de ce côté. Toute la conjonctive palpébrale a disparu, ainsi que les culs-de-sac supérieur et inférieur ; la conjonctive bulbaire est encore intacte surtout au niveau de la moitié externe ; les lésions constatées au niveau de la conjonctive bulbaire dans sa moitié interne paraissent consister en un phénomène banal d'inflammation avec xérosis.

On suit loin dans la profondeur de l'orbite l'envahissement de l'épithélioma, mais cet envahissement caractérisé par de nombreux bourgeons qui saignent facilement, ne s'est fait que sur les parois de l'orbite ; le globe oculaire lui-même est simplement disséqué, isolé, individualisé en quelque sorte au milieu de l'orbite, et les masses néoplasiques viennent à son contact, mais ne se développent pas à sa surface. Au-delà de la région accessible à la vue, il semble que la tumeur se soit propagée dans le tissu même de l'orbite ; en effet l'œil est immobile, aucun mouvement n'est possible. A la partie inféro-interne de la cornée, il existe une perforation obturée par un bouchon purulent ; au point de vue macroscopique on doit penser que cette perforation est la conséquence d'un ulcère infectieux, banal dû à l'occlusion des paupières.

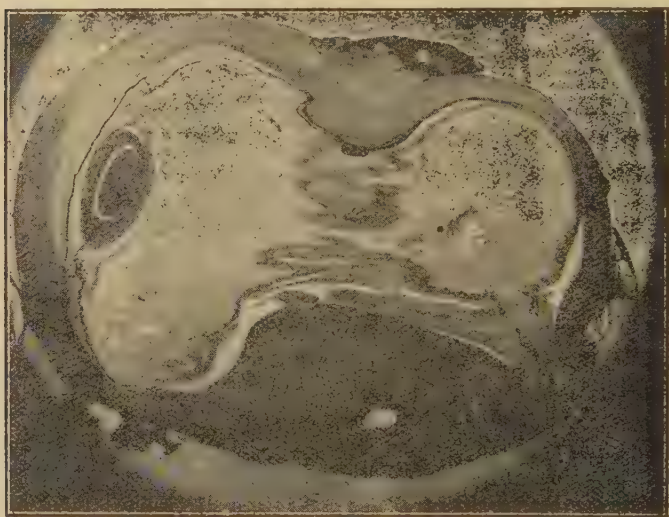
On constate la présence d'un petit ganglion préauriculaire dur, pas de ganglions sous angulo-maxillaires.

Le 5 mai 1923, M. le Professeur Rollet procède à l'exentération de l'orbite, sous anesthésie générale à l'éther. On voit que le globe oculaire est disséqué par le néoplasme en haut en bas et en dedans ; seul, il reste fixé aux parois orbitaires supérieure et externe par un tissu induré néoplasique dans lequel on sculpte à la rugine pour le libérer de ses adhérences. Après exentération de l'œil qui est conservé intact avec son pédicule, on incise suivant les parois de l'orbite ; on se rend compte que le néoplasme pénètre dans le sinus frontal, le sinus maxillaire supérieur et la bulle ethmoïdale.

Examen anatomique de la pièce, par M. le Docteur Bussy, chef de laboratoire de la clinique ophtalmologique.

L'œil enlevé est **fixé** en entier au zenker ; après inclusion à la celloïdine, on pratique des coupes au centième à l'hématéine éosine hématéine-picroponceau.

I. Examen macroscopique. — La coque oculaire paraît intacte et la forme du globe est modifiée ; au lieu d'être régulièrement arrondi, l'œil est allongé dans le sens antéro-postérieur et présente au niveau de la région équatoriale un étranglement annulaire qui lui donne une forme en bissac ; il est adhérent au tissu de l'orbite, surtout en bas et en dedans, mais il est partout clivable, sauf au niveau de l'étranglement annulaire où sa coque paraît se confondre avec la tumeur. En résumé, l'examen macroscopique de l'œil enlevé, montre que la tumeur a disséqué et détruit tous les tissus périoculaires jusqu'à l'équateur



Coupe antéro-postérieure de l'œil envahi par le néoplasme - Grossissement 10 fois.
La coupe montre la forme en bissac du globe oculaire, et l'absence de pénétration des éléments néoplasiques au niveau de l'étranglement.

de l'œil, en laissant les tissus oculaires intacts. Au niveau de l'équateur, la tumeur enserre comme un anneau le globe oculaire et lui adhère intimément ; au niveau du segment postérieur, la tumeur a envahi les tissus périoculaires, sans les détruire et n'a contracté que des adhérences très lâches avec le globe.

II. Examen microscopique.

A. Les tissus périoculaires — Le microscope confirme le simple examen à l'œil nu. Tous les tissus périoculaires jusqu'à

l'équateur du globe ont disparu ; les tendons antérieurs des muscles droits en particulier ne sont plus décelables ; à ce niveau, l'œil a été disséqué d'une façon complète et on ne retrouve aucune trace des tissus graisseux de l'orbite, des ailerons, des aponévroses, qui forment normalement le complexus antérieur de Tenon. Au niveau de l'équateur, on trouve faisant corps avec la sclérotique, un large anneau de néoplasme pur ; tout à fait en arrière, on retrouve quelques débris musculaires et d'abondantes masses graisseuses orbitaires abondamment infiltrées par le néoplasme.

B. *L'enveloppe scléro-cornéenne.*

a) *Cornée.* — La cornée a augmenté d'épaisseur ; son épithélium antérieur est encore reconnaissable ; elle présente, en nombre de points, un aspect papillomateux et une profilération assez régulière. La membrane de Bowmann a disparu, les lames cornéennes sont irrégulières et envahies par une abondante infiltration inflammatoire, ainsi que par des néo-vaisseaux ; on trouve en un point un gros nodule épithéliomateux complètement isolé en pleine cornée, à 4 millimètres environ du limbe. La membrane de Descemet est reconnaissable. L'épithélium postérieur a disparu.

b) *La sclérotique.* — La moitié interne de la sclérotique présente des caractéristiques histologiques normales. Sa moitié externe est, par contre, très modifiée. Toute sa portion antérieure jusqu'à l'équateur est infiltrée par d'abondantes nappes de cellules inflammatoires ; au niveau de l'équateur lui-même, on trouve d'épais boyaux de cellules cancéreuses groupés sans ordre et s'ordonnant de préférence autour d'un néo-vaisseau. Dans sa moitié postérieure et jusqu'au voisinage immédiat du nerf optique, on retrouve quelques nodosités épithéliomateuses, mais beaucoup plus rares et se répartissant d'une façon discrète dans les couches tout externes de la sclérotique. Les gaines du nerf optique ne paraissent pas envahies. L'intégrité des couches internes de l'enveloppe scléro-cornéenne est remarquable ; sur l'étendue entière du globe cellulaire, le sac scléro-cornéen, ou du moins ses couches internes, forment un revêtement continu que n'ont envahi et modifié ni l'inflammation, ni le néoplasme.

Bien que baigné dans une atmosphère cancéreuse, privé du revêtement et des moyens de défense que lui fournissent normalement les paupières, la conjonctive ou les aponévroses, et exposé aux agents quelconques, à la dessication et aux infections, le sac scléro-cornéen s'est défendu et a apporté une barrière infranchissable à l'inflammation et au processus néoplasique. Même au niveau des points faibles, au point de pénétration des nerfs ciliaires et des artères musculaires, on ne voit pas d'envahissement du tissu fibro-élastique et on constate que nulle part l'épithélioma a pénétré à l'intérieur du globe.

C. *Le contenu du globe.* — Les lésions des membranes et des milieux intraoculaires, bien qu'assez considérables, ne relèvent qu'indirectement du néoplasme orbitaire. Il s'agit surtout de phénomènes inflammatoires ou trophiques ; on ne trouve nulle part d'édification cancéreuse qui se serait faite à la faveur d'un embol, et malgré le débitage en coupes sériées dans tout le globe, il est impossible de mettre en évidence une métastase.

a) Les chambres antérieure et postérieure sont remplies par un réseau de fibrines à larges mailles, sans cellules inflammatoires.

b) L'iris ne montre aucune synéchie, il a conservé son architecture normale, mais il est en voie d'atrophie et largement envahi par la sclérose.

c) Le corps ciliaire est atrophié. Le muscle ciliaire est scléreux, les procès ciliaires sont aplatis et leurs vaisseaux vides de sang.

d) Le cristallin a conservé son sac capsulaire intact, mais on trouve dans les zones sous-corticales et surtout dans le noyau un état granuleux des fibres et des phénomènes de cataracte.

e) La choroïde est très malade. Sclérosée, elle montre en beaucoup de points de petits amas de cellules inflammatoires et des modifications considérables du pigment qui s'est aggloméré en certains points et qui, en d'autres, a émigré dans l'épaisseur même de la sclérotique.

f) La rétine est décollée, plissée, en voie d'atrophie, surtout au niveau de ses couches externes. La papille est le siège de volumineux œdèmes inflammatoires.

g) Le vitré s'est condensé, a pris un aspect fibrillaire qui montre par places des amas assez volumineux de lymphocytes.

h) Le nerf optique est envahi par des bandes de sclérose.

En résumé, l'épithélioma qui a débuté il y a 20 ans, n'a pris une grande extension que depuis quelques années seulement. Les infections, les troubles trophiques ont fait qu'il ne subsiste plus rien des tissus orbitaires ; le néoplasme a pu envahir les parois orbitaires, gagner les couches toutes superficielles de la sclerotique mais celle-ci a merveilleusement résisté, le globe oculaire est resté intact et complètement indemne de l'attaque du néoplasme.

OBSERVATION II

(Clinique ophtalmologique de M. le Professeur Rollet)

Epithélioma malpighien à globes cornés, de l'angle interne et de la paupière supérieure gauche. Envahissement de l'orbite et complications cornéennes de l'œil gauche. Panophtalmie.

Marie F..., 52 ans, cultivatrice, entre dans le service de la clinique ophtalmologique, le 24 décembre 1920.

Père mort accidentellement. Mère morte d'une attaque d'apoplexie. Mari en bonne santé. Pas d'enfants. Dans l'enfance, vers l'âge de 15 ans, la malade présente différentes adénites suppurées dans la région sous-maxillaire droite et parotidienne gauche. Il y a 10 ans environ, la malade présente au-dessus de l'arcade sourcillière droite une tuméfaction localisée gommeuse qui guérit en 15 jours avec une potion à l'iode de potassium. Cette ancienne lésion est encore visible actuellement par une cicatrice. En 1915, à la suite d'un phlegmon de l'oreille gauche,

d'allure assez torpide, la malade présente, au niveau de la racine du nez, une lésion qui ne tarde pas à s'ulcérer, qui se transforme en une plaie bourgeonnante et qui envoie des prolongements jusqu'au niveau de l'angle interne de l'œil gauche où elle provoque une conjonctivite. Cette lésion, qui semble être une gomme se serait cicatrisée complètement. Il y a 8 mois, à la suite d'un traumatisme, la paupière supérieure s'enflamme, s'œdématie, l'œil est rouge et larmoie. Dans l'angle interne, une tumeur qui ne tarde pas à devenir grosse comme une noisette, envahit cet angle au niveau de la paupière supérieure ; il y a 3 mois, la tumeur non ulcérée est incisée par un médecin ; il s'en écoule une sérosité roussâtre, d'odeur fétide ; depuis cette époque, la plaie a pris tous les caractères d'un épithélioma et n'a fait que gagner en étendue et en profondeur.

A son entrée à la clinique, le 24 décembre 1920, on est tout de suite frappé par la présence, au niveau de la moitié inférieure de la paupière supérieure gauche, d'une vaste plaie bourgeonnante s'étendant jusqu'à la racine du nez et jusqu'à l'arcade sourcilière, plus étendue qu'une de pièce de 5 francs. Cette ulcération repose sur une base dure ; elle possède une solide attache sur le plan osseux sous-jacent et semble se prolonger sous le rebord orbitaire. Les bords de cette ulcération ne sont pas taillés à pic, mais surélevés et éversés en dehors. Le fond est constitué par un tissu recouvert de sanie putride et saigne au moindre contact. La paupière supérieure est œdématiée dans sa totalité et retombe comme un tablier devant le globe oculaire qui est légèrement dévié en bas et en dehors, mais qui, par ailleurs, présente une vision normale. Cette tumeur occasionne à la malade d'assez vives douleurs névralgiques dans la zone frontale (atteinte des filets nerveux par l'ulcération). On ne trouve qu'un seul ganglion, un peu dur, roulant sous le doigt, dans la région parotidienne gauche.

L'examen de la face révèle, outre des taches brunâtres, des traces cicatricielles d'anciennes lésions suppurées, mentionnées ci-dessus (région sourcilière droite, racine du nez, angle sous-maxillaire droit).

A la transillumination, les deux sinus frontaux droit et gauche s'éclairent aussi mal l'un que l'autre.

Devant de pareils symptômes et malgré l'aspect épithéliomateux de l'ulcération, on soumet la malade au traitement mixte (iodo-mercurique), mais le traitement est sans influence.

Le 1^{er} février 1921 (intervention opératoire), deux incisions curvilignes délimitent une tumeur dure épithéliomateuse, qui pousse un prolongement dans la profondeur et adhère au rebord orbitaire.

L'examen anatomo-pathologique montre que l'on est en présence d'un épithélioma de type malphigien à globes cornés.

On fait subir à la malade plusieurs séances de radiothérapie, à la suite desquelles la malade quitte le service.

La malade rentre de nouveau à la clinique le 14 mars. Des complications du côté du globe oculaire se sont produites (ulcère cornéen avec hypopyon, enfin panophtalmie). L'examen de la plaie montre une ulcération occupant tout l'angle interne de l'œil, à fond sanieux, constitué de débris sphacelés jaunâtres, à bords suintants. Les douleurs, subjectives, occupent tout l'hémicrâne, peuvent faire craindre une propagation vers le crâne et l'encéphale. L'œil est dévié en dehors, la cornée est opaque, la conjonctive très rouge. On n'observe pas d'envahissement ganglionnaire. On soumet la malade au traitement radiothérapique, mais on envisage une exentération complète de l'orbite.

OBSERVATION III (Personnelle)

(Observation recueillie dans le service ophtalmologique de M.
le Professeur Rollet)

**Cancroïde de l'angle externe de l'œil gauche. Panophtalmie.
Enucléation.**

Court... L., 83 ans, entre à la clinique ophtalmologique le 10 janvier 1923. Aucun antécédent héréditaire. Veuf, femme morte à 52 ans d'un cancer. A eu 12 enfants, tous morts. A part son affection oculaire, le malade jouit d'une bonne santé.

Il y a 6 mois, au début d'octobre dernier, a été renversé dans la rue par une auto. Une pierre pointue a meurtri le globe oculaire, occasionnant une plaie au niveau de l'angle externe de l'œil gauche ; il fut pansé de suite chez un pharmacien. Un mois après l'accident, le malade rentre chez « les Petites Sœurs des Pauvres ». La plaie ne se cicatrisant pas, le malade est envoyé à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, où il entre au début de janvier 1923 ; à cette époque, le malade souffre ; il se plaint de douleurs très vives dans la moitié gauche de la tête, accentuées surtout la nuit ; depuis huit jours, les douleurs empêchent le sommeil. Le malade avoue cependant que, durant un an avant son accident, il lui semblait avoir la sensation que de petites mouches noires voltigeaient devant son œil gauche.

A l'examen, on constate une vaste plaie de l'angle externe de l'œil ; la perte de substance a environ la superficie d'une pièce de 5 francs. Les lèvres de la plaie sont décollées et festonnées ; le fond de l'ulcération est raviné et plein de petits bourgeons sanieus, recouverts de pus fétide. On constate de petits ganglions sous-maxillaires. La paupière supérieure est gonflée, œdématiée ; le globe oculaire semble augmenté de volume ; il existe une exophtalmie très prononcée. Les conjonctives sont de couleur rouge sang. La cornée est recouverte de pus et présente, à sa partie inféro-externe, une petite perforation qu'ob-

ture un bouchon muqueux ; il semble que l'on soit en présence d'un néoplasme compliqué d'un phlegmon de l'œil.

Le 13 janvier, on procède à l'énucléation de l'œil gauche. A l'examen de la pièce on constate qu'il existe du pus jusque dans le vitré. L'exame biopsique (Dr Colrat) montre que l'on est en présence d'un épithélioma à forme spino-cellulaire. On fait au



malade des applications de bleu de méthylène ; on essaye un traitement de 8 jours avec l'iode, qui ne donne pas de résultats. Finalement, on soumet le malade au traitement radiothérapique ; après neuf séances, on constate une légère amélioration

OBSERVATION IV

(Clinique ophtalmologique de M. le Professeur Rollet)

Epithélioma térébrant de l'angle interne de l'œil gauche.

Blépharoplastie. Récidive. Œil normal.

Louis C., 61 ans, entre dans le service de M. le Professeur Rollet le 8 novembre 1905 pour une affection siégeant principalement à l'angle interne de l'œil gauche et envahissant la paupière supérieure. Le malade a eu, il y a 15 ans, un érysipèle de la face ; à la suite de cette affection, les paupières restèrent closes pendant trois semaines environ. Le malade guérit tout à fait. Deux ou trois ans après le malade constata sur la partie gauche du nez un petit bouton qui grandit progressivement, s'ulcéra, se recouvrit d'une croûte que le malade enlevait. Ces croûtes se reproduisirent un certain nombre de fois. Douze ans après ce début, le malade est opéré par M. le Professeur Rollet et guérit à la suite de cette intervention chirurgicale ; mais après les deux mois qui suivirent, le malade constata que son œil pleurait et laissait échapper de temps à autre quelques filets de sang. La vue baissa ; le malade ne put plus soulever sa paupière supérieure ; l'œil resta fermé depuis. A cette époque le malade ressentit quelques douleurs au niveau du globe oculaire ; il eut à intervalles des céphalées violentes. Puis le malade constata une perte de substance qui se produisait à l'angle interne de l'œil et qui augmenta de jour en jour ; en voyant cet état de choses continuer, il vint à l'Hôtel-Dieu.

A son entrée, on constate sur la partie gauche du nez, une cicatrice trace de l'opération précédente ; l'œil est fermé, les cils agglutinés ; la paupière inférieure présente une coloration violacée, la paupière supérieure forme un repli très accusé au dessous du sourcil gauche (partie moyenne). A l'angle interne de l'œil, on constate un large perte de substance partant de cet angle interne et gagnant par un trajet oblique dirigé de bas en haut et de dedans en dehors, la partie moyenne de la paupière supérieure.

Les bords de cette excavation sont taillés à pic, rougeâtres, bourgeonnants. A la partie inféro-interne, cette excavation présente un bourgeon plus développé, à la place des points lacrymaux et de la caroncule lacrymale. Cette excavation est très profonde, elle se continue avec la paroi de l'orbite. Si on l'examine, on la trouve rouge, profonde d'un centimètre et demi au moins. Dans son intérieur, on constate le reliquat du tendon du grand oblique. La paupière supérieure est séparée de l'angle interne de l'œil.

A la palpation, on constate que cette ulcération, saignant facilement, repose sur une partie indurée ; il existe une masse dure cachée par la partie supéro-interne de la paupière supérieure, indépendante du rebord orbitaire, et une même masse indurée en bas à l'angle interne. Les régions avoisinantes (nez, arcade sourcilière) sont indolores.

Il existe un ganglion préauriculaire et un gros ganglion sous-maxillaire.

Le malade ne souffre pas, mais les mouvements des paupières sont absolument impossibles ; si l'on entr'ouvre ces paupières, on constate que le globe oculaire ne bouge pas, quand on commande au malade divers mouvements. La vision de l'œil gauche est conservée ; on constate une légère injection des vaisseaux de la conjonctive oculaire.

L'état général n'a jamais été mauvais ; la santé du malade est excellente.

OBSERVATION V

(Clinique ophtalmologique de M. le Professeur Rollet)

Epithélioma palpébral de l'œil droit. Radiothérapie. Disparition de la paupière inférieure. Ulcères cornéens. Guérison. Œil normal.

Jean L..., 74 ans, entre à la clinique ophtalmologique le 24 septembre 1920.

Aucun antécédent héréditaire. A eu un érysipèle de la face en 1882. Rhumatismes. L'affection a débuté il y a 12 ans par une petite verrue à la joue droite, à 2 centimètres environ du bord de la paupière inférieure, qui, soignée pendant de longues années par toutes sortes de pommades, est allée en s'aggravant progressivement et s'est étendue du côté de la paupière inférieure et de l'aile du nez.

En 1912, le malade est soigné par les Dr^s Regaud et Nogier qui font de la radiothérapie en bas, vers l'aile du nez, de la radiumthérapie en haut, vers la paupière, en raison d'un ulcère qui apparaît à la cornée. Après 20 séances, le traitement est arrêté, les lésions ont presque complètement disparu.

En 1918, récurrence ; le malade est traité aux rayons X par le Dr Barjon. Guérison.

En août 1919, récurrence. Les lésions atteignent encore la paupière inférieure, s'étendant vers l'angle interne et le nez ; en même temps, ulcère cornéen ; on fait de nouvelles séances de radiothérapie, on obtient une nouvelle amélioration.

Le malade revient en février 1920 avec un petit cancroïde de l'aile du nez, mais l'épithélioma de la paupière inférieure est guéri. Quatre séries de 5 séances de radiothérapie (Dr Malot) amènent la disparition du cancroïde nasal.

Le malade revu en octobre 1922 est toujours en bon état. Pas de récurrence. L'ulcère cornéen guéri a laissé une vision normale.

OBSERVATION VI (inédite)

(Observation due à l'obligeance de M. le Professeur Rollet)

**Vaste épithélioma ulcéro-bourgeonnant de la paupière inférieure.
Radiothérapie. Cicatrisation. Œil normal.**

Il s'agit d'un malade âgé de 56 ans qui se présente à la consultation de M. le Professeur Rollet, le 30 janvier 1923. L'affection a commencé sous forme d'un petit bouton à la paupière inférieure droite il y a 10 ans ; puis, augmentant progressivement, ce bouton ne tarda pas à s'ulcérer. Actuellement, on constate un large ulcère végétant qui occupe toute la paupière inférieure droite et empiète sur la commissure externe. La conjonctive bulbaire est intacte, l'œil est normal. Le malade fait plusieurs séances de radiothérapie (Dr Malot) à la suite desquelles l'ulcère palpébral se cicatrise.

Le 25 mai 1923, l'examen du malade montre la paupière inférieure droite détruite et remplacée par du tissu cicatriciel. La conjonctive oculaire et l'œil sont normaux. La paupière supérieure recouvre l'œil, car il existe une sorte de blépharorrhaphie radiothérapique à la partie externe ; on ne constate pas de bourgeons, pas d'ulcère ; en somme, nous avons une cicatrisation très nette.

Il a été fait en tout 11 séances de rayons X.

OBSERVATION VII (Personnelle)

(Observation recueillie dans le service ophtalmologique
de M. le Professeur Rollet)

Cancroïde de l'angle interne de l'œil gauche. Radiothérapie. Guérison, puis récurrence avec envahissement sinusique de l'épithélioma.

S. F..., 58 ans, journalier, entre à la clinique ophtalmologique le 10 janvier 1923 pour une tuméfaction ulcérée siégeant à l'angle interne de la paupière supérieure gauche.

Antécédents héréditaires. — Père mort d'une attaque d'apoplexie ; mère morte jeune d'une affection indéterminée.

Antécédents personnels. — Rien de spécial à signaler. Bonne santé habituelle. Le malade nie la spécificité.

L'affection a commencé il y a 5 ans, sous forme d'un petit bouton siégeant à l'angle interne de la paupière supérieure gauche ; le malade se gratte, la tumeur s'ulcère, s'infecte, laissant couler un liquide séro-sanguinolent. Le malade voyant la tumeur s'accroître assez rapidement, va consulter un médecin à Vienne qui pratique l'ablation de la tumeur. Vers la même époque, apparaît au niveau du bord libre de la narine du côté gauche, une petite ulcération croûteuse en encoche et depuis 6 mois une autre ulcération siégeant à 8 ou 10 millimètres au-dessous du tiers interne de la paupière inférieure. L'opération faite à Vienne fut rapidement suivi d'une récidence pour laquelle le malade rentra à l'Hôtel-Dieu.

À l'examen on constate au niveau de l'angle interne de la paupière supérieure gauche une ulcération en forme d'encoche qui ronge la partie la plus interne de la paupière supérieure ; le fond de l'ulcération est semé de bourgeons qui saignent facilement ; on prélève un de ces bourgeons pour l'examen histologique. L'ulcération a tendance à se propager en dedans vers la bulle ethmoïdale ; la partie de la face interne de l'orbite située au-dessus du tendon de l'orbiculaire est en effet recouverte par des bourgeons ; entre ces bourgeons on peut facilement introduire une sonde lacrymale n° 3 et il semble étant donné la profondeur à laquelle s'enfonce la sonde que l'on aille presque dans les sinus ethmoïdaux. L'œil lui-même ne présente absolument rien, pas d'exophtalmie, les mouvements sont normaux, on ne trouve aucune adénopathie.

Il existe en outre une ulcération sous-palpébrale, une ulcération croûteuse en encoche de la narine gauche. Le sac paraît normal.

L'examen biopsique montre qu'il s'agit du type baso-cellulaire avec réaction leucocytaire.

A la date du 12 janvier 1923, on fait subir au malade 6 séances de radiothérapie ; on constate que l'ulcération inférieure a totalement disparu et une grosse amélioration de l'ulcération de l'angle interne. Du 10 au 19 février on fait une autre série, on constate une amélioration de l'ulcération de l'angle interne et

de la paupière inférieure ; l'ulcération de la paupière supérieure ne suppure plus ; le travail de réparation paraît se poursuivre normalement à ce niveau sauf au point central de l'ulcération qui paraît gagner vers le sinus frontal. Après une autre série du 6 au 12 mars, on ordonne un mois de repos au malade. Le malade rentre de nouveau le 6 mai ; du 7 au 18 mai, nouvelle séance de radiothérapie ; l'épithélioma évolue et a envahi le sinus frontal.

OBSERVATION VIII

(Lacaussade)

Epithélioma papillomateux de l'œil gauche. Envahissement de l'orbite. Panophtalmie.

Auguste I..., 75 ans, maçon.

Entre à l'asile des vieillards d'Alençon parce qu'il est aveugle et impotent. Affirme n'avoir jamais eu de maladies très sérieuses, sauf depuis une dizaine d'années, du rhumatisme qui a produit à la longue de la raideur articulaire des membres inférieurs telle, que le sujet ne peut plus guère marcher qu'avec des béquilles.

A l'examen du malade on constate :

Sur la région orbitaire gauche dont elle dépasse les limites dans tous les sens, surtout à la partie inférieure, est plaquée une tumeur lobulée, à surface bourgeonnante, framboisée, saignant au moindre contact, ayant la coloration de la muqueuse hypertrophiée, laissant sourdre à sa surface une sécrétion muco-purulente peu abondante. Les dimensions de la tumeur sont de 8 cm dans le diamètre horizontal qui va du dos du nez à l'apophyse zygomatique de l'os malaire et de 6 cm dans le diamètre vertical qui s'étend du sourcil à une ligne horizontale passant à hauteur de l'aile du nez.

Bien que bosselée sur toute sa surface, la tumeur présente, tel un encéphale qui serait aplati, plusieurs lobes séparés par des sillons. Le lobe principal est implanté sur la moitié interne de la paupière supérieure, recouvrant totalement la face antéro-interne de l'orbite et contigu en dedans à un lobe plus petit adhérent à la face latérale gauche du nez et en dehors à un lobe qui s'incurve en bas au contact du lobe inférieur ; ce dernier également volumineux s'étale au devant de la paupière inférieure avec laquelle il fait corps et de la pommette de la joue. En écartant avec les doigts les deux lobes supérieur et inférieur, on aperçoit la cavité orbitaire de dimensions réduites, vide de son globe. En haut et en dehors, si l'on récline la tumeur en dedans, on aperçoit une surface de 1 cm environ de tégument palpébral encore sain, ainsi que la presque totalité du sourcil ; c'est tout ce qui reste de la paupière supérieure. La paupière inférieure est complètement dégénérée totalement transformée en tissu néoplasique. Tandis que les bords supérieur, externe et inférieur de la tumeur débordent sur les téguments voisins sous forme d'un épais bourrelet, du côté interne au contraire, l'arête du nez constitue depuis sa racine jusqu'à ses deux tiers inférieurs une limite verticale nette entre le tégument de l'aile nasale droite qui est sain et le tégument de l'aile gauche, qui est ulcéré ; en d'autres termes, le néoplasme a une surface bosselée dans ses trois quarts externes et une surface plate, étalée, ulcérée, dans son quart interne. Pas d'engorgement ganglionnaire ; le ganglion préauriculaire atteint à peine la grosseur d'une petite lentille ; dans la région sous-maxillaire, aucune trace d'adénopathie.

L'œil droit à la suite d'une kératite survenue il y a 4 ans et probablement terminée par une perforation de la cornée est en voie d'atrophie. La cornée est plate et présente dans ses deux tiers inférieurs un vaste leucome adhérent. La vision est réduite à la simple distinction du jour et de la nuit.

Si l'on interroge le malade sur le début et l'évolution de la tumeur, il nous affirme que le début remonte à 25 ans et nous raconte qu'à cette époque en travaillant dans la forêt une « épine blanche » lui aurait piqué l'angle interne de la paupière supérieure ; il se produisit une inflammation qui le détermina à aller consulter un médecin ; ce dernier prescrivit une pommade qui

fit tomber les croûtes. Pendant 4 à 8 ans, le mal resta stationnaire sous forme d'un bouton ayant à peine la dimension d'un gros pois. Au bout de ce temps, le bouton commença à augmenter de volume mais très lentement ; c'est seulement 2 ans après, soit 9 à 11 ans après le début que l'œil présenta des troubles ; le malade voyait les objets dans un brouillard ; en même temps il se produisait sur la paupière inférieure un bouton semblable à celui de l'autre paupière ; pendant ce temps le malade continuait à travailler, négligeant totalement son mal ; il ne souffrait pas ; à peine quelques démangeaisons de temps à autre l'incitaient à se gratter, ce qui faisait tomber les croûtes et saigner la surface sous-jacente.

Chute des croûtes, bourgeonnement de la surface sous-jacente, extension lente du néoplasme aux deux téguments palpébraux, phtisie du globe comprimé de tous côtés par l'hyperplasie des éléments épithéliaux des paupières, tel a été le processus qui s'est produit chez le malade jusqu'à ces dernières années et qui a amené progressivement le développement actuel de la tumeur. Il semble que c'est surtout depuis un an que le volume du néoplasme s'est développé.

L'observation ci-dessus peut donner lieu à plusieurs remarques :

1° Le début du néoplasme remonte à une époque très éloignée (25 ans) ;

2° Son développement a été très long (longtemps stationnaire, s'étant développé surtout ces dernières années, parallèlement à la misère physiologique du sujet) ;

3° Il a atteint un volume considérable ;

4° Il est resté localisé aux paupières ;

5° Il est indolent ;

6° Il n'est accompagné d'aucun engorgement ganglionnaire du voisinage.

OBSERVATION IX

(Mollière)

Cancroïde de l'angle interne de l'œil. Œil normal.

Homme d'aspect cachectique atteint depuis 5 ans de cette affection oculaire. On a affaire à une tumeur convexe limitée par des bords taillés à pic. L'ulcération est adhérente aux plans profonds et donne lieu à une sécrétion sanieuse, abondante, et présente un point induré au niveau de l'insertion interne du tendon de l'orbiculaire des paupières. L'invasion des voies lacrymales s'est faite non par voie cutanée, mais par voie en quelque sorte souterraine, térébrante. Cela ressemble à une manifestation de la syphilis.

OBSERVATION X

(Mollière)

Cancroïde de l'angle interne de l'œil. Œil normal.

La malade est une femme de 52 ans chez qui l'affection a débuté il y a environ 5 ans. Le début s'est effectué par un petit point noir qui s'est élargi progressivement. Actuellement nous trouvons une tumeur triangulaire à bords élevés en forme de bourrelet ne représentant pas d'ulcération mais seulement un revêtement de petites croûtes. La malade croyait avoir une petite dartre et de fait au premier examen une confusion serait possible. La marche de la lésion est ici insidieuse. Il se fait ici une pseudo-cicatrisation au centre tandis que les bords s'éloignent insensiblement ; cela ressemble au développement d'une affection parasitaire, à celui de l'herpès circiné par exemple. Sa limite est située maintenant juste au niveau du point lacrymal supérieur qui est un peu atteint et qui va servir de porte d'entrée à l'affection pour la propagation aux voies lacrymales.

Il n'existe pas de ganglions engorgés appréciables.

OBSERVATION XI

(Observation due à l'obligeance de M. le Professeur Rollet).

Coexistence de deux cancers primitifs ; épithélioma primitif de la paupière droite et sarcome mélanique de l'œil gauche. Œil normal à droite.

Il s'agit d'un malade âgé de 66 ans qui s'est aperçu, il y a 6 ans, à la même époque, de l'existence d'une tumeur de la paupière supérieure droite et une diminution notable de l'acuité visuelle de l'œil gauche. Progressivement la tumeur palpébrale a augmenté de volume et d'étendue pour prendre l'aspect d'un ulcère cancéreux de la dimension d'une pièce de 2 francs. A l'œil gauche, peu à peu abolition de la vision, accès de glaucome, déformation et perforation sclérales. On a pratiqué l'ablation de l'œil transformé en une masse truffée et de l'ulcère palpébral : blépharoplastie à l'aide d'abaissement d'un lambeau temporo-frontal.

L'intérêt de ces cas réside :

I° Dans la restauration palpébrale parfaite grâce à la conservation de la conjonctive et du bord marginal ;

II° Dans la coexistence de deux tumeurs primitives malignes (épithélioma pavimenteux lobulé et tumeur embryonnaire du type pigmentaire choroïdien. Le Professeur Bard en 1892 n'a pu retenir que 8 cas de coexistence de cancers primitifs chez le même sujet, mais en d'autres régions).

OBSERVATION XII

(Clinique ophtalmologique de M. le Professeur Rollet)

Epithélioma palpébral O. D. Disparition du bord libre des paupières. Œil normal.

Pierre D..., 40 ans, journalier, entre à la clinique ophtalmologique de M. le Professeur Rollet, le 8 mars 1911.

A. H., père mort accidentellement à 68 ans. Mère vivante et bien portante.

A. P. Trois frères en bonne santé. Le malade s'est toujours bien porté.

Le malade entre à l'hôpital le 8 mars 1911, pour une ulcération du du bord libre de la paupière inférieure droite ; d'après les dires du malade, l'affection aurait débuté il y a 5 ans à la partie médiane du bord libre de la paupière inférieure sous forme d'un petit bouton de la grosseur d'une tête d'épingle. Ce bouton était indolore et presque stationnaire. Le malade ne signale aucune ulcération de cette petite tumeur. Il crut devoir la percer avec une épingle et il en fit sortir un peu de liquide séro-sanguinolent. Malgré ce traitement empirique, le bouton se reforma vite et bientôt le malade le reperça sans autre résultat que l'issue d'un peu de mucus et de sang.

L'évolution continua ainsi indolente et torpide et peu à peu, sans qu'on ait obtenu de précision exacte du malade, la petite tumeur s'ulcéra sans hémorragie toutefois. Un an et demi avant son entrée à l'hôpital, le malade alla consulter un médecin qui conseilla une intervention. Le malade entre alors à la clinique ophtalmologique. A cette date on procède à l'examen de la tumeur.

Le bord libre de la paupière inférieure droite est ulcéré, comme rongé sur une étendue de 3 à 4 centimètres allant de l'angle externe jusqu'à l'union du tiers interne avec les deux tiers externes. La cornée est ainsi découverte et légèrement infectée à sa partie inférieure. Du fait de la disparition du bord libre de la paupière, le cul-de-sac conjonctival inférieur a presque complètement disparu.

Du côté palpébral, les bords de l'ulcération sont assez nets à contours bien définis, légèrement déchiquetés, sans être taillés à pic, non décollés ; du côté conjonctival les bords sont moins nets à peine distincts, situés qu'ils sont aux limites du cul-de-sac.

Le fond est **grisâtre**, sanieux, recouvert de très légères **croûtes** jaunâtres dont l'ablation laisse sourdre un peu de liquide ichoreux, légèrement purulent. Les bords de l'ulcération sont souples et c'est à peine si au niveau de l'angle interne de l'ulcération on sent un point légèrement induré.

La palpation des territoires lymphatiques tributaires ne révèle aucune tuméfaction ganglionnaire. Aucun ganglion n'est pris dans la chaîne carotidienne et c'est à peine si la palpation des régions sous-maxillaires révèle une légère adénopathie d'ailleurs bilatérale.

L'examen des autres organes est entièrement négatif.

OBSERVATION XIII

(Clinique ophtalmologique de M. le Professeur Rollet)

Epithélioma muqueux de la paupière inférieure gauche. Œil normal

Louis P..., 64 ans. Entre dans le service ophtalmologique le 13 novembre 1905 pour une affection de la paupière inférieure gauche. Le malade n'a rien à signaler dans ses antécédents personnels, qu'un coup de canne reçu dans l'œil il y a 30 ans. L'affection actuelle débuta il y a 6 mois.

A la partie supérieure de la joue gauche, immédiatement au-dessous de la paupière inférieure gauche, le malade se piqua avec une épine de rose. Il ne ressentit presque rien au début ; un petit bouton se produisit fut écorché et grandit considérablement surtout quatre mois après l'accident primitif ; depuis l'ulcération continua. Le malade attribue alors son affection de la

paupière inférieure à un coup d'air datant de 4 mois. L'œil rougit ; les vaisseaux de la conjonctive s'injectent ; un écoulement purulent se produit, collant les paupières chaque matin. Le malade se décollant les paupières arrachait ses cils. Il ne ressentit que peu de douleurs ; cet état de choses n'empira pas depuis cette époque. A son entrée à la clinique, on constate :

Une tumeur siégeant au dessus de l'aile gauche du nez à un centimètre au dessous de la paupière inférieure gauche. La tuméfaction est rougeâtre, excoriée au centre, large comme une pièce de cinquante centimes ; elle est dure, non douloureuse, mobile sur les plans profonds. Du côté de la paupière inférieure gauche on constate d'abord la disparition du bord ciliaire de cette paupière. Les cils ont disparu. Si l'on éverse cette paupière inférieure, on voit qu'elle est rongée à sa partie médiane et externe surtout : dans ces endroits se sont développés des tissus de nouvelle formation, blanchâtres, non saignant, sécrétant un peu de liquide purulent ; ces tissus reposent sur une base indurée. Nous avons affaire ici à un épithélioma muqueux de la paupière inférieure. La conjonctive est infectée. On constate un petit ganglion préauriculaire assez net : Le malade ferme bien son œil ne souffre pas, ne se plaint que d'un léger écoulement purulent

Son état général est excellent.

OBSERVATION XIV (Personnelle)

(Recueillie dans le service ophtalmologique de M. le Professeur Rollet)

Cancroïde de l'angle interne de l'œil droit. Œil normal.

Marie M..., 65 ans. Entre à la clinique ophtalmologique de l'Hôtel-Dieu, le 30 avril 1923, pour une ulcération siégeant à l'angle interne de l'œil droit.

A. H., père mort à 88 ans, mère morte, tous deux d'affections indéterminées.

A. P., mariée, mari et trois enfants bien portants. La malade a toujours été bien portante. Elle a une bonne vision.



L'affection aurait débuté il y a deux ans environ, par un petit bouton à l'angle interne de l'œil droit. A cette époque, la malade se gratte, le bouton s'ulcère et s'infecte donnant une sérosité tantôt un peu purulente, tantôt sanguinolente. La malade n'accuse pas de douleurs. Actuellement, on observe une petite tumeur dure n'adhérant pas aux plans profonds de la largeur d'un pois.

Les bords ne sont pas décollés ; le fond est sanieux avec quelques filets de sang ; on note l'absence de cils sur un demi-centimètre à la paupière supérieure et deux millimètres à la paupière inférieure. La tumeur ne touche pas les muqueuses. On n'observe pas de ganglions.

La tumeur est située à cheval sur le tendon de l'orbiculaire mais remonte surtout au dessus vers la portion interne de la paupière supérieure, attirant cette paupière. Il semble que cette paupière soit moins ouverte à l'angle interne que normalement. L'examen du nez et des sinus montre les sinus maxillaires et frontaux absolument normaux à la transillumination. La fosse nasale droite est normale. Dans la fosse nasale gauche on observe quelques polypes muqueux.

Examen biopsique (D^r Colrat).

Le fragment examiné a été prélevé à la limite de la peau saine et de l'ulcération néoplasique ; on retrouve ces deux aspects sur la préparation. La partie correspondant à la peau saine est normale ; on y remarque un épithélium de revêtement non hyperplasié et un derme à peu près normal légèrement enflammé cependant. Puis brusquement l'aspect change ; l'épithélium de revêtement disparaît et la surface cutanée est alors formée par un bourgeonnement néoplasique de surface qui s'étend très profondément et envahit largement le derme sous-jacent. Cet épithélioma est lobulé ; il est formé de masses néoplasiques, arrondies, limitées périphériquement par une ligne de cellules en palissade alors que les éléments formant le centre des lobules sont allongés et fusiformes. Les figures de karyokinèse sont excessivement nombreuses. Le troma qui sépare les unes des autres ces nappes néoplasiques est richement infiltré de cellules inflammatoires et notamment des plasmazellen et présente de très nombreux capillaires détruits ; nulle part on ne trouve des points de nécrobiose.

On peut tirer des caractères ci-dessus deux conclusions :

1^o Au point de vue des origines de la tumeur, il s'agit d'un épithélioma que l'on peut ranger suivant ses tendances, soit dans les épithéliomas baso-cellulaires, soit plutôt dans les épithéliomas sudoripares (aspect lobulé plutôt que tubulé, cellules en

palissade à la périphérie, absence d'hyperplasie de l'épithélium de surface).

2° Au point de vue pronostic, la tumeur présente tous les caractères histologiques de la radiosensibilité : stroma à réaction intense, de nombreux capillaires perméables, abondances des karyokinèses.

La radiothérapie doit donc théoriquement être suivie d'heureux effets.

OBSERVATION XV (inédite)

(Recueillie à la clinique ophtalmologique de M. le Professeur Rollet).

Epithélioma de la paupière supérieure de l'œil droit, datant de 16 ans. Œil normal. Blépharoplastie.

Joséphine B., âgée de 60 ans, lingère, entre à la clinique ophtalmologique, le 29 mai 1906, pour une ulcération de la paupière supérieure de l'œil droit.

Antécédents héréditaires. — Le père de la malade serait mort d'un cancer de l'estomac.

Antécédents personnels. — L'histoire pathologique complète de cette malade est très complexe ; elle présente une luxation congénitale de la hanche, de la scoliose, de l'albuminurie. Il n'est question dans cette observation que de son affection oculaire et de son état général.

La malade présente une tumeur cutanée qui intéresse la paupière supérieure de l'œil droit et la racine du nez. Elle précise nettement la date et le point d'apparition de cette lésion. La tumeur est apparue il y a 16 ans. La malade a remarqué le développement de cette néoformation en un point correspondant à la racine du sourcil de l'œil droit. Il paraît certain que le début a été cutané. L'aspect de la tumeur était primitivement celui d'une papule qui n'inquiétait pas la malade ; pendant une dizaine d'années la tumeur garde cet aspect et la malade ne la

soumet à aucune cause d'irritation. Depuis 4 ans, elle grossit lentement, depuis un an enfin elle a pris une extension considérable. Depuis 3 mois elle fait sur cette lésion des applications de sel de cuisine et d'un onguent donné par un empirique. Il y a 5 ans elle a vu un médecin qui n'a pas conseillé l'ablation de la tumeur.

Actuellement on voit un large cancroïde placé à cheval sur la région lacrymale, palpébrale et nasale de l'œil droit.

Les dimensions sont celles d'une pièce de 2 francs environ. Sa forme est assez régulièrement arrondie, crôteuse et bourgeonnante sur les bords ; le centre est déprimé. La tumeur revêt l'aspect d'une cupule à bords épaissis. Les bourgeons verruqueux qui circonscrivent l'ulcération sont secs et de teinte noire ; de temps en temps cette lésion saigne ; au fond on voit sourdre un peu de pus qui s'échappe lorsqu'on presse sur la partie nasale de la tumeur. Le cancroïde empiète sur le quart interne de la paupière supérieure de l'œil droit, il s'arrête exactement sur le rebord palpébral ; en bas il effleure la paupière inférieure ; tout le reste de la néoplasie se développe sur la face interne de la racine du nez et n'atteint pas la ligne médiane.

La conjonctive de l'angle interne de l'œil n'est pas envahie, un stylet passe facilement sous la paupière supérieure sans rencontrer les brides ; l'angle interne est nettement dessiné, mais bordé par la néoformation. Le point lacrymal supérieur est plus difficile à voir. Conjonctive bulbaire un peu rouge.

Acuité = $\frac{1}{2}$ du côté de l'œil malade.

Du côté de la lésion on a un petit ganglion sous maxillaire ; du côté opposé, on perçoit sous la branche horizontale du maxillaire, un ganglion du volume d'une petite amande. Au point de vue rénal, on note des traces à peine visibles d'albumine dans les urines ; pas d'œdème, pas d'hypertension, pas de galop.

Le 1^{er} juin, intervention. On fait une ablation large de la tumeur ; aux ciseaux on enlève le tiers interne de la paupière supérieure, le quart interne de la paupière inférieure ; on dissèque en profondeur toutes les zones suspectes, La blépharoplastie est faite à l'aide d'un lambeau frontal sur lequel une incision permet d'obtenir un lambeau pour la paupière supérieure et un autre pour la paupière inférieure.

CONCLUSIONS

I. — L'œil peut rester normal pendant longtemps au cours de l'évolution de l'épithélioma palpébral, mais si le cancer des paupières n'est pas arrêté par un traitement chirurgical ou radiothérapique, il envahit toute l'étendue de l'appareil palpébral, pénètre dans l'orbite, détruit peu à peu le complexus fibro-musculaire, devenant ainsi cellulose et ostéo-térébrant.

II. — C'est ainsi que nous pouvons rapporter une série d'observations inédites, recueillies à la Clinique ophtalmologique de M. le Professeur Rollet où l'on voit l'œil rester normal au cours de l'épithélioma palpébral dans certains cas. Tout traitement du néoplasme palpébral doit donc chercher à assurer l'intégrité de la vision.

III. — Dans d'autres cas, on note des désordres para-oculaires ou oculaires. Nous attirons l'attention sur l'un de ces cas où l'épithélioma des paupières datant de 20 ans, l'œil a été énucléé et examiné.

L'état de l'œil au cours de l'évolution de pareils néoplasmes présente les particularités cliniques et anatomiques remarquables suivantes :

Cliniquement :

a) Le globe oculaire est lentement disséqué et isolé en commençant par le segment antérieur et, dans les formes ultimes apparaît individualisé dans l'orbite, séparé d'une façon complète des tissus voisins ; toutefois, on peut ne remarquer à son niveau aucune extension appréciable du processus néoplasique.

b) Les seules lésions constatées au niveau du globe oculaire sont d'ordre trophique et infectieux. La cornée qui n'est plus protégée par les paupières, se dessèche ; elle est attaquée par les agents banals de la suppuration et présente des ulcères perforants qui peuvent être l'origine d'une panophtalmie. Les membranes et les milieux intraoculaires privés de leur appareil vasculaire et nerveux présentent des troubles trophiques graves (décollement de la rétine, choroidite atrophique, cataracte, rétraction du vitré).

L'examen anatomique et histologique confirme les données cliniques :

a) Il met en évidence la dissection du segment antérieur, il montre que le néoplasme n'envahit que les couches toutes superficielles du sac scléro-cornéen et qu'il ne produit à l'intérieur même du globe oculaire, aucune embolie cancéreuse, aucune métastase de la tumeur.

b) On a trouvé à l'examen histologique des lésions trophiques et infectieuses constatées cliniquement (perforation de la cornée, panophtalmie antérieure, cataracte, décollement rétinien) ; les masses néoplasiques isolées ou constituées en boyaux n'intéressent seulement que les couches externes de la sclérotique, constituant ainsi une masse néoplasique étalée et uniquement sclérale.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

ROLLET

Vu :

LE DOYEN,
Jean LEPINE

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 16 Juin 1923

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
CAVALIER

BIBLIOGRAPHIE

BOUSSI. — De l'Epithélioma des paupières. Radiothérapie. Radiumthérapie. *Thèse de Paris*, 1902.

DESMARRES. — Traité des maladies des yeux. *Paris*, 1847.

DE WECKER et LANDOLT. — Traité complet d'ophtalmologie. Tome I. *Paris* 1867.

FAUSSILLON. — Des tumeurs malignes de l'angle interne de l'œil. *Thèse de Paris*, 1890.

GALEZOWSKI. — Traité des maladies des yeux. *Paris*, 1875.

GERMANI. — Studio clinico ed anatomico sugli epiteliomi palpebrali. *Archivio di oftalmologia*, 1887.

GUILLEMET. — Sur certaines formes des tumeurs malignes des paupières, *Thèse de Paris*, 1902.

LAGRANGE. — Traité d'ophtalmologie. Tome II. *Paris*, 1904,

LAGRANGE et VALUDE. — Tumeur des paupières. *Encyclopédie française d'ophtalmologie*. Tome V. *Paris*, 1906.

A, MAITLAND-RAMSAY. — Epithélioma de la paupière in *Atlas des maladies externes de l'œil*. Traduction par Leprince. *Paris*, 1900.

MOLLIÈRE. — Du cancroïde de l'angle interne. *Leçons cliniques de l'Hôtel-Dieu*, 1888.

MORAX. — Pathologie oculaire. *Paris*, 1921,

PANAS, — Traité des maladies des yeux. *Paris* 1894.

PICON. — De l'épithélioma du limbe scléro-cornéen. *Thèse de Lyon*, 1897.

E. ROLLET. — La radiothérapie en ophtalmologie. *Journal de médecine de Lyon*, mars, 1923.

E. ROLLET. — Coexistence de deux cancers primitifs ; épithélioma pavimenteux de la paupière droite et sarcome mélanique de l'œil gauche. *Société de chirurgie de Lyon*, février, 1900.

ROUZÉ. — De l'épithélioma palpébral. *Thèse de Lille*, 1890.

THOMAS. — Des tumeurs des paupières. *Thèse de Paris*, 1866.

VALUDE, — Du cancroïde de l'angle interne des paupières. *Archives d'ophtalmologie*. pp. 437-1891.

REGAUD. — Principes du traitement des épithéliomas épidermoïdes par les radiations. *Presse médicale*, Paris, 25 août, 1923.

TABLE DES MATIERES

Introduction.	9
Chapitre premier. — Aperçu symptomatologique sur le cancer épithélial des paupières	11
Chapitre II. — Anatomie pathologique du cancer palpébral	17
Chapitre III. — Etat de l'œil au cours de l'épithé- lioma des paupières	23
Observations	29
Conclusions	57
Bibliographie	61
